

作成日： 専門医番号： 申請者氏名：	【症例報告書】										【見本】				
	第1例			第2例			第3例			第4例			第5例		
医療機関名															
診療録番号															
性別	必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい		
記載時の年齢（歳）	歳			歳			歳			歳			歳		
診療期間															
診療状況	必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい		
診療開始（西暦）		年	月		年	月		年	月		年	月		年	月
診療終了（西暦）		年	月		年	月		年	月		年	月		年	月
主治医・指導医としての関与	必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい		
リウマチ性疾患診断名 ※略語は使用せず原則的に日本語表記をしてください。															
主な合併疾患診断名															
【過去1年間の薬物治療】															
経口副腎皮質ステロイドの投与	必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい		
MTXの投与	必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい		
c s DMARD（MTX以外） 「あり」の場合、薬剤名は一般名（カタカナ） で記載してください。	必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい		
1. 薬剤名（一般名カタカナ）															
2. 薬剤名（一般名カタカナ）															
3. 薬剤名（一般名カタカナ）															
生物学的製剤およびJAK阻害薬の投与 「あり」の場合、薬剤名は一般名（カタカナ） で記載してください。	必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい		
1. 薬剤名（一般名カタカナ）															
2. 薬剤名（一般名カタカナ）															
3. 薬剤名（一般名カタカナ）															
過去3年間の原疾患に関連した手術	必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい			必ず選択して下さい		
1. 手術名															
年月		年	月		年	月		年	月		年	月		年	月
2. 手術名															
年月		年	月		年	月		年	月		年	月		年	月
症例に該当する項目を選んで下さい。 4、5に該当する場合は、必ず特記事項にその内容を記載して下さい。 ※1～3と4、5は重複して選択可。 （「1、4」「2、5」「3、4、5」他） 1. RA/JIA 2. RA/JIAでMTX使用 3. RA/JIA以外の全身性結合組織病（膠原病）を含むリウマチ性疾患 4. リスクマネージメント 5. 整形外科的コンサルテーション、リハビリ、生活指導、周産期、在宅ケア、移行期医療	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5		
特記事項 「4」、「5」にチェックをいれた場合は、その内容を必ず記載してください。 （HBV-DNAの経時的フォロー、人工膝関節置換術のコンサルテーション、理学療法士による筋力強化・歩行訓練など）															